

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1956

THÈSE

No 912

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel, Francis COULON

Né le 13 Août 1926 à GUIPRY (Ile-&-V.)

présentée et soutenue publiquement le

LES PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX POSÉS PAR LES LOMBALGIES

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1956

RECEVU

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Gabriel, Francis COULON

Né le 13 août 1926 à Guipry (Ille & V.)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LES PROBLEMES MEDICO-LEGAUX

POSES PAR LES LOMBALGIES

--

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1956.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur.	(Hôtel-Dieu) BROCC
	(Broussais) G.d'ALLAINES
	(Salpêtrière) MOULONGUET
	(Cochin) QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique	{ MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des) maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Cliniques Médicales	
Clinique méd.hydro-climat.thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd.et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd.(ch.t.pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires(c.t.pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.		(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER(CI) POILLEUX THOMERET VERNE(J M)
Ana. Path.	(Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. Chir.	(MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM
Bactériologie	(CHRISTOL NEVOT		
Biol. méd.	BOURLIERE		
Chimie méd.	(ETTORI POLONOVSKI J.	Pat. expé- riment.	(BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM
Dermato-syphil.	DUPERRAT		
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	(BULLIARD COUJARD N....		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	(BOYER DEPARIS		
Mal. infect.	BASTIN		
Médecine)	(DEROBERTE GAULTIER	Pat. méd.	(LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM
légale et	(GAULTIER		
du Trav.)	(HADENGUE		
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Obstétrique	(BREGEAT DESVIGNES		
Ophtalmo-)	(JUDET	Pédiatrie	(JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI
logie	(AUBRY		
Orthopédie	(MADURO	Pharmacol.	(Melle LEVY CHEYMOL
Oto-rhino-)	(BRUMPT		
laryngo.)	(CHABAUD		
Parasito.	ABOULKER	Physiol.	(BARGETON DEJOURS PARROT
Parasito.col.	(BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Physique	(DJOURNO GOUGEROT
Pat. chir.		médicale	(KREIS
		Pneum. phtis.	

MM.	MM.
Psychiatrie.....{ BARUK	Stomato.....{ CHAPUT Mme
{ PICHOT	{ CERNEA
Psych.infant. MICHAUX	Urologie.....KUSS
Rhumatologie.....DELBARRE	Thérapeut.....CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
Clinique chir. { AMELINE	Urologie.....COUVELAIRE
{ HUGUIER	{ BROUET
{ LEGER	{ DREYFUS
{ PADOVANI	{ FAUVERT
{ ROUX	Clinique mē. { HAGUENAU
{ RUDLER	{ HAMBURGER
{ SICARD	{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE	{ MARCHAL
obstét. } { MAYER	{ SOULIE
Clinique } { OFFRET	
ophtal } { RENARD	

Secrétaire de la Faculté.....M. MOREL
Secrétaire-Adjoint.....Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef.....Dr HAHN
Conservateur.....Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
Bibliothécaires..... LE NOIR
 METIN
 QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes chers Parents,

En témoignage de ma reconnaissance et de toute mon affection.

A mes Beaux-Parents,

Avec mes très affectueux sentiments.

A ma Femme et à mon Fils Jean-Michel,

Avec toute ma tendresse.

A mes Frères,

Très affectueusement.

A ma Famille,

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550221_0054

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine Légale à la
Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Président de l'Ordre National des
Médecins,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expres-
sion de notre respectueuse
reconnaissance.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur RAISON,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital d'Arpajon,

En remerciement de son ensei-
gnement et des précieux
conseils qu'il nous a tou-
jours donnés.

A Monsieur le Professeur Paul MATHIEU

Professeur Honoraire à la Faculté de
Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Avec ma respectueuse grati-
tude pour les suggestions
qu'il a bien voulu me faire.

A Monsieur le Docteur LE MER,

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommages respectueux.

A notre Jury de Thèse.

LES PROBLEMES MEDICO-LEGAUX
POSES PAR LES LOMBALGIES

-:-

INTRODUCTION

--

Les douleurs lombaires occupent en clinique une place aussi importante que peu définie. En effet, très diverses et nombreuses sont les affections, troubles fonctionnels ou lésions organiques, susceptibles de provoquer des lombalgies.

Dans certains cas, l'exploration du rachis laisse apparaître une anomalie, une atteinte qui expliquent les troubles accusés par le malade. Dans d'autres cas, rien ne vient signer l'origine de la douleur.

En ce qui concerne l'étiologie traumatique des lombalgies, ces mêmes incertitudes se retrouvent ; en effet, s'il existe des traumatismes violents, déterminant des déplacements vertébraux, des luxations et des fractures, à leur tour à l'origine de lombalgies ultérieures, dans d'autres cas, l'action traumatique est minime, répétée, et à la longue nocive, mais combien difficile alors à incriminer : ce sont ces microtraumatismes que l'on peut trouver dans certaines affections professionnelles.

Mais, même en présence d'un traumatisme

évident, la question des lombalgies demeure complexe, en particulier dans son aspect étiologique et médico-légal. A partir de quel moment en effet est-on en droit d'incriminer le traumatisme dans les lombalgies ultérieures, alors même qu'une anomalie ou une atteinte vertébrale est constatée ? Pour que le traumatisme, accident violent, ou microtraumatisme, puisse être rendu responsable des affections constatées, elles-mêmes étant responsables de la douleur, il faut pouvoir affirmer l'intégrité du rachis antérieurement à l'accident, à l'exercice de la profession traumatisante.

Ainsi, de quelque côté que l'on envisage la question des lombalgies, on ne trouve qu'aspects complexes et incertitudes. Or, avec l'extension des indemnisations en matière de médecine du travail, ou plus simplement en matière de sécurité sociale, il peut être important de disposer d'éléments indiscutables autorisant le diagnostic médico-légal, positif ou négatif, des lombalgies accusées par un sujet donné.

Déjà, le terme de lombalgie est vague. C'est, nous dit-on, "une névralgie de la région lombaire". En fait, c'est un syndrome, fait de l'association d'une douleur uni ou bilatérale, siégeant au niveau des vertèbres lombaires, spécialement de la région lombo-sacrée, et d'une contraction musculaire para-vertébrale, syndrome par conséquent susceptible d'accompagner des états pathologiques locaux très divers. La définition que nous venons de citer sépare très nettement la lombalgie de la sciatique (J. GUILLAUME, JANNY, WERTHEIMER) ; mais les deux affections sont susceptibles de s'intriquer, parce que de

pathogénie parfois commune, discopathie en particulier.

La lombalgie essentielle, dite rhumatismale, est celle qui de loin pose les problèmes les plus difficiles ; mais en médecine légale il semble difficile également d'exclure les lombalgies symptomatiques d'une affection vertébrale (congénitale étant exclue), mais consécutive à un traumatisme grave lui-même responsable des déformations et lésions vertébrales ultérieures. La lombalgie essentielle est, selon la définition de F. COSTE, une maladie douloureuse, invalidante, ne relevant ni d'une pyarthrite à germe connu, ni d'un traumatisme articulaire grossier, ni d'une tumeur.

Dans les lombalgies essentielles, on introduit généralement les anomalies transitionnelles, sacralisation et lombalisation, les arthroses, ostéoporoses vertébrales, le pincement discal, les isthmes pathologiques vertébraux, avec subluxations interapophysaires, spondyloschisis, et spondyloses. Dans la question qui nous occupe, nous allons voir que bien des affections vertébrales génératrices de lombalgies ultérieures peuvent relever d'une origine traumatique, et par là venir poser des problèmes de diagnostic médico-légal.

° °

Notre travail, envisagé sous l'angle médico-légal, comportera deux parties :

- l'une, anatomoclinique, donnera un aperçu de la symptomatologie et de l'anatomo-

pathologie des différentes atteintes vertébrales susceptibles de donner des lombalgies, et qui doivent être identifiées, soit pour exclure la responsabilité du traumatisme dans les douleurs lombaires, soit, au contraire, pour rattacher les anomalies constatées au traumatisme incriminé ;

- l'autre, médico-légale, dans laquelle seront envisagées les causes traumatiques professionnelles des lombalgies, et les éléments de leur diagnostic étiologique, que l'examen montre l'absence de toutes lésions ostéo-articulaires, que la présence de lésions antérieures soit établie, et il faut ici envisager une aggravation des troubles, soit enfin que l'on se trouve dans une forme de lombalgie essentielle, ou encore devant une lombosciatalgie.

PREMIERE PARTIE

-:-

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

-:-

Nous nous proposons d'envisager ici les diverses affections susceptibles d'être à l'origine de la lombalgie, en ne retenant naturellement que les états pathologiques qui peuvent dans certains cas être rattachés à une cause traumatique, donc bénéficier d'une expertise médico-légale entraînant l'indemnisation. C'est ainsi que les lombalgies symptomatiques d'une altération du rachis d'origine infectieuse : tel le Mal de Pott, de nature néoplasique; tel le cancer vertébral, ou ostéopathique : tel la maladie de Paget, d'une affection gynécologique ou urinaire, seront bien entendu laissées de côté.

Après avoir étudié ces diverses causes de lombalgies, nous nous occuperons des formes essentielles, les plus intéressantes, parce que posant les problèmes médico-légaux les plus délicats.

Mais auparavant, il nous faut distinguer, du point de vue clinique pur, entre les formes chroniques et les formes aiguës. Les lombalgies chroniques apparaissent plus ou moins progressivement, provoquant une douleur plus ou moins intense, plus ou moins compatible avec l'activité générale. Dans la forme aiguë, dite vulgairement lumbago aigu, ou encore tour de rein, la douleur est caractérisée par son déclenchement brutal, au moment du traumatisme, son intensité, qui s'oppose à tout mouvement de la colonne, et immobilise le malade.

Dans les deux cas, il faudra préciser le siège de la douleur : celui-ci se révélera, à l'examen clinique, comme étant un point douloureux paravertébral que la palpation permet de localiser, mais qui s'associe à un élément variable, la douleur irradiée, soit transversale, soit verticale, en direction de la partie inféro-interne de la fesse ou du pli sous-fessier.

Autre particularité que l'examen clinique aura à préciser, la contracture musculaire, qui porte sur la masse commune dans laquelle s'unissent les extrémités inférieures des muscles spinaux profonds. Le muscle du plan moyen, petit dentelé inférieur, les muscles du plan superficiel, l'aponévrose lombosacrée ne sont pas atteints, et les mouvements qu'ils commandent, respiration, mobilisation du membre supérieur, du thorax, ne sont pas gênés.

Au niveau du rachis, l'exploration radiologique va mettre en évidence :

- soit des anomalies purement statiques,

soit des anomalies transitionnelles, soit encore des lésions traumatiques aiguës, entorses, fractures, soit encore des discopathies, des arthroses ; il faut citer le spondylolisthesis et le spina bifida. Enfin, on peut en présence de lombalgies chroniques et tenaces, trouver une colonne parfaitement normale.

La cause anatomopathologique étant dans une certaine proportion des cas mise en évidence, il reste à en établir l'origine, pathologique ou traumatique, afin d'en apprécier la nature médico-légale.

° ° °

Les anomalies statiques.-

L'examen du rachis chez les lombalgiques donne une proportion de plus de 50 % d'anomalies statiques (PIZON). On peut distinguer les scoliozes vraies, à l'origine de lombalgies aiguës ou chroniques, cette dernière forme étant la plus fréquente, et prédominant chez la femme ; les scoliozes minimales (MOUCHET et ROEDERER), les déséquilibres provoqués par les modifications d'orientation ou de volume des apophyses articulaires, et parmi lesquels le sacrum horizontal est important. PIZON y ajoute les hyperlordoses lombaires basses, qui placent le sacrum à l'horizontale, mais qui ferment l'angle sacro-lombaire quelque peu.

Dans la statistique de PIZON, les lombalgies aiguës relèvent chez la femme de 70 % de ces anomalies statiques, chez l'homme de 22,3 % ; les lombalgies chroniques, de

62 % chez la femme et 46 % chez l'homme. Ainsi les scoliozes frappent avec prédilection le sexe féminin, ce qui s'explique par la moindre résistance du squelette et du système musculo-ligamentaire vertébral et abdominal.

Etiologiquement, la lombalgie aiguë relève presque toujours d'un effort violent et mal orienté, en flexion surtout ; plus rarement, d'une chute. Dans les formes chroniques, l'étiologie est obscure.

Les anomalies transitionnelles.-

Les anomalies de la charnière lombo-sacrée sont loin d'être exceptionnelles, et se retrouvent cette fois avec une prédominance masculine, dans plus d'un cinquième des lombalgies, selon la série de PIZON, alors que PETIT-DUTAILLIS et de SEZE avancent le chiffre de fréquence de 14 à 16 %, RAVAUULT de 15 %.

SICARD montre que l'anomalie provient d'un développement incomplet des points d'ossification vertébraux, la Vème lombaire et la Ière sacrée étant les deux dernières vertèbres à s'ossifier. Même apparemment normale, la L₅ est rarement parfaitement symétrique, et l'on pourra observer des troubles morphologiques particulièrement fréquents à ce niveau (platyspondylie), sacralisation, lombalisation, spina bifida occulta, spondylolisthesis, sacrolisthesis. Insistons surtout sur la sacralisation et la lombalisation, anomalies fréquentes d'après toutes les statistiques ; sur 100 radiographies de lombalgiques, SICARD trouve 28 fois des apophyses hypertrophiées de L₅, 14 fois une sacralisation complète, 2 fois

une lombalisation. Une L₅ sur 3 s'éloigne du type anatomique normal .

Trois formes de sacralisation ou lombalisation sont possibles :

- l'augmentation de volume des apophyses transverses, ou apophyseomégalie, allant de la simple hypertrophie au contact de l'apophyse avec l'aileron sacré ou l'os iliaque, et constitution d'une néo-articulation très souvent à l'origine de douleurs ;
- la fusion complète de l'apophyse transversale et de l'aileron sacré, anomalie uni ou bilatérale, rarement symétrique ;
- la fusion complète du corps de L₅ avec le sacrum et absence du dernier disque lombaire, anomalie souvent très bien tolérée, même importante, mais responsable d'algies survenant à l'âge adulte. On verra alors survenir des douleurs localisées au bas du dos, sur la ligne médiane, irradiant vers le sacrum et les articulations sacro-iliaques, et mieux désignées par le terme lombosacralgie que par celui de lombalgie trop souvent employé. La douleur s'accroît en position debout, ne cède pas toujours au decubitus, et risque d'atteindre une acuité gênante pour l'activité professionnelle.

Ces mêmes anomalies peuvent également déterminer des douleurs lombo-sciatiques, lombosacralgie associée à la douleur sciatique uni ou bilatérale, rebelles aux thérapeutiques classiques, de caractère monoradiculaire du type S₁ ou L₅, et donnant parfois lieu au signe de Lasègue, à l'abolition du réflexe achilléen.

A l'examen de la région dorsale, on ne trouve pas grands renseignements, parfois une scoliose, attitude antalgique, une contracture lombaire ; la palpation de l'interligne lombo-sacré ne donne que rarement une zone douloureuse.

MERIEL et ses collaborateurs ont insisté récemment en médecine du travail, sur le rôle des anomalies transitionnelles de la charnière lombo-sacrée dans l'étiopathogénie des lombo-sciatiques. Etudiant 200 dossiers, ces auteurs ont pu établir la fréquence de ces troubles, générateurs de 22 pour 100 des sciatiques, de 13 pour 100 des lombalgies. Cette anomalie congénitale reportant sur un seul disque les fonctions charnières leur semble favoriser l'apparition de la lombo-sciatique chez le travailleur de force. La radiographie permet d'établir l'existence et la nature de l'anomalie, mais non point son étiologie, congénitale certes, mais aggravée par l'effort. Nous verrons plus loin que l'appréciation des anomalies de la statique lumbosacrée peut se faire selon un examen morphologique et géométrique.

°°°

L'entorse vertébrale (GUILLEMINET).

Cette fois, il s'agit des suites d'un traumatisme, mais comme celui-ci peut être non seulement important, mais parfois réduit au micro-traumatisme, son diagnostic étiologique et médico-légal peut être très complexe. Cette action traumatique s'exerce sur les ligaments vertébraux, indemnes avant l'entorse, ou, au contraire, prédisposés aux lésions par suite de trou-

bles vasculaires locaux, ou encore par une dégénérescence des fibres. Le plus souvent il y a élongation des ligaments permettant de légers déplacements des corps vertébraux l'un sur l'autre, et douleurs de sièges divers à type pseudo-névralgique souvent. Le tableau clinique est ici surtout dominé par des douleurs à localisation vertébrale, médiane ou latérale, souvent définies à une ou deux vertèbres et assez vives pour être localisées par le malade lui-même. Dans d'autres cas, le siège de la douleur doit être recherché par mobilisation systématique des épineuses ; la douleur par entorse vertébrale entraîne généralement des irradiations, verticales, plus souvent latérales, donnant des "névralgies intercostales", des "sciaticues", parfois aussi des tableaux pseudo-angineux, pseudo-ulcéreux, génitaux, etc...

L'examen va mettre en évidence des défauts de la statique vertébrale, localisés aux charnières, en particulier lombosacré, avec véritable porte-à-faux des piles vertébrales dans le sens de la lordose. Une L5 s'appuiera sur la base presque verticale d'un sacrum basculé.

Des entorses répétées peuvent également survenir en cas d'affaissement du disque intervertébral. Des déplacements vertébraux mineurs, susceptibles de s'effectuer en toutes directions, les inclinaisons, rotations, translations et bascules du corps vertébral, sont également à l'origine de douleurs par entorse vertébrale, celle-ci n'étant acceptée pour telle que lorsqu'elle affecte deux corps vertébraux appartenant à une colonne par ailleurs normale.

En ce qui concerne les entorses lombo-sacrées, qui seules nous intéressent ici, il faut évidemment distinguer : le lumbago traumatique, surtout fréquent au niveau de la charnière lombo-sacrée. C'est au cours d'un effort pour soulever un fardeau pesant, en porte-à-faux, qu'un sujet sans passé rachidien éprouve un craquement, une douleur violente qui le forcent à adopter immédiatement une attitude antalgique latérale. Parfois un blocage semble s'être installé comme le prouve l'efficacité de la manipulation vertébrale en dérotation faisant parfois disparaître immédiatement les troubles. Sur les clichés, on voit le déplacement minime de la vertèbre douloureuse, qui n'occupe plus sa place exacte dans la courbure antalgique, rotation, bascule, pincement unilatéral de L₄ ou L₅.

Mais l'entorse peut affecter une colonne déjà affectée par une spondylarthrose, et observée en particulier chez la femme autour de la ménopause. L'arthrose vertébrale est ici ancienne, avec nombreux ostéophytes et arthroses interarticulaires sans traduction clinique, fréquente anomalie de l'orientation de la base sacrée, porte-à-faux en corniche dont le malade compensait inconsciemment les effets en creusant les reins. La douleur récemment accusée ne correspond donc pas à ces lésions osseuses anciennes, fixées, guéries par l'ankylose ostéophytique. Mais le disque adjacent a dû suppléer à la déficience du segment ankylosé, et cette surcharge de travail s'exerçant en une période hormonale favorisante a entraîné et l'entorse, et la douleur. Celle-ci s'accompagnera souvent de sciatique de type L₅-S₁ ou L₄-L₅, bien connues.

Nous arrivons ainsi à envisager les discopathies génératrices de lombalgies. La hernie discale une fois décrite, a été considérée comme à l'origine de la plupart des algies constatées, susceptibles d'avoir pour point de départ la colonne vertébrale. Une réforme s'est faite récemment dans le sens de la modération dans l'utilisation de cette commode étiologie. A l'origine des lombo-sacralgies traumatiques, SICARD récemment a bien incriminé comme étiologie la plus courante la lésion discale, mais non pas tant sous forme de hernie, que de discarthrose : cette dernière se caractérise par trois sortes de lésions :

- altération des cartilages qui bordent le disque,
- aplatissement et sclérose du disque,
- ostéophyte autour du disque.

Ici, les microtraumatismes semblent avoir un rôle important et fréquent.

PIZON relève les pincements discaux authentiques, purs ou associés au rhumatisme chronique déformant, ce qui constitue la discarthrose. La pathologie discale paraît être à l'origine d'au moins 9 pour 100 des lombalgies :

- les formes pures atteignent plus souvent L4-L5 que L5-S1 dans les lombalgies aiguës et plus souvent L5-S1 dans les formes chroniques. Des anomalies statiques peuvent accompagner la discopathie, cela dans la moitié des cas, ou encore on va trouver un isthme pathologique. Il s'agit donc de discarthrose par dégénérescence discale secondaire.-

Plus intéressants sont donc les cas purs, frappant surtout la femme et au niveau du disque lombo-sacré. Mais il s'agit ici d'invololution discale banale, également présente dans les trois lombalgies chroniques frappant l'homme. Dans deux autres cas de PIZON, le pincement discal qui a été à l'origine de la lombalgie aiguë masculine pourrait être considéré comme d'origine traumatique. Mais il est difficile d'exclure totalement la coexistence d'autres perturbations articulaires intervertébrales. Si bien que même si l'on admet que la discopathie est bien la cause de la lombalgie cette cause ne paraît, dans la statistique de PIZON, être établie que dans 0,75 % des cas, contre 9,2 % des cas pour SICARD. En tous cas, on notera que le disque lombo-sacré, fragile, est beaucoup plus souvent atteint que le disque L₄-L₅.

Parmi les lésions purement traumatiques des lombo-sacralgies, il faut faire figurer les fractures du corps vertébral et des apophyses transverses, des apophyses articulaires, fracture des isthmes, enfin fracture des apophyses épineuses. La fracture totale des corps par écrasement ou par tassement sera facile à reconnaître sur les clichés. Plus difficile à observer est la fracture par infraction, localisée de préférence à la charnière dorso-lombaire ou aux vertèbres lombaires hautes. Il peut y avoir rupture de la corticale au niveau de la zone antérieure, la plus faible, ou de siège latéral, mais aussi fracture dite histologique (SICARD), trabéculaire, difficile, et même impossible à constater. En particulier, en cas de fracture histologique, l'hyperémie

post-traumatique (LERICHE) va entraîner la décalcification, le tassement, réalisant la vertèbre aplatie et cunéiforme du syndrome de Kummel-Verncuil, les disques étant à peu près intacts. La déformation se constitue très lentement et souvent de façon absolument latente.

S'il est rare d'observer au niveau des lames, épaisses et résistantes, le retentissement d'un traumatisme des arcs postérieurs, les isthmes et apophyses articulaires sont plus souvent lésés. Une atteinte isthmique est constatée dans plus de 11 pour 100 des lombalgies (surtout aiguës) observées par PIZON. Ces lombalgies aiguës, donc à début brusque, apparaissent cependant à l'examen précoce ou au contraire tardivement. Dans tous les cas, il y a eu traumatisme initial certain, intolérance permanente de la colonne vertébrale aux efforts, aux mouvements amples de flexion et de torsion, des récives. Sur les clichés, on verra avec plus ou moins de netteté des subluxations des articulations inter-apophysaires, des fissures de l'isthme ou spondyloschisis.

Le spondylolisthesis est plus ou moins rare selon les statistiques. Dans celle de PIZON, cette lésion ne figure que dans 0,75 % des lombalgies ; dans celle de YOUNG, dans 4,6 % des cas, dans celle de TEXIER dans 4,7 % des cas, dans celle de SEZE dans 7 à 8 % des cas. Dans 19 cas de lombalgies aiguës, PIZON trouve 11 fois une subluxation de L5-S1 dont 5 fois bilatérale, et 7 fissures dont 3 bilatérales. De cette série, apparaît encore une fois la fragilité de L5 atteinte 17 fois sur 19.

En ce qui concerne l'origine traumatique du spondylolisthésis, on trouve, dans ces 19 cas de PIZON, quatorze fois un traumatisme évident avec relation nette de cause à effet : accidents de rue, de plongeon, chutes multiples chez les sportifs, une chute de vélo, des accidents de ski, des chutes au tapis au catch, un lever de poids excessif, cela pour l'homme : chez la femme, on trouve deux chutes de vélo, une chute en patinant, une chute à la renverse. Dans ces différents cas, une douleur violente a immédiatement succédé au traumatisme, nécessitant une immobilisation de quelques jours ou de quelques semaines. Cinq fissures et neuf sublucations graves ne s'accompagnaient d'aucun autre signe ostéo-articulaire, d'aucune anomalie congénitale ; il s'agissait donc bien chaque fois d'altération isthmique d'étiologie indubitablement traumatique.

Dans cinq autres cas, l'origine traumatique a été plus douteuse. Par exemple, on constate chez un ancien sportif atteint de lombalgies depuis plus de 40 ans, mais s'aggravant progressivement, un spondylolisthésis bilatéral de L5, une sublucation lombo-sacrée bilatérale, une sublucation unilatérale droite L5-L4 : on peut donc invoquer l'origine traumatique. Chez la femme, les altérations ont pu être favorisées par des altérations préexistantes lorsqu'on constate des tassements sans fracture, des hernies discales discrètes. L'isthme peut avoir été fragilisé par une ostéopathie méconnue (LANCE).

On peut donc admettre deux degrés pour le traumatisme interapophysaire : la sublucation au minimum, la fissure au

maximum ; dans les deux cas, la douleur peut être immédiate, comme pour toute entorse ou fracture, ou parce qu'elle est soumise aux efforts de la vie active ; mais on peut également n'observer la lombalgie que secondairement, lorsque les articulations luxées ou subluxées deviennent le siège d'arthrose. Enfin, il est possible de ne voir apparaître la douleur que très tardivement, lorsque la lésion est fragilisée par des perturbations endocriniennes de la sénescence (GLORIEUX et ROEDERER). Dans les formes chroniques, on peut également trouver des subluxations et fissures dans lesquelles il s'agit cette fois encore de faire la part de la responsabilité du traumatisme, et du rôle joué par une pathologie isthmique antérieure.

L'étiologie traumatique est plus fréquente que l'étiologie congénitale (encore que les deux origines puissent s'associer). Dans les séries de PIZON, de SICARD, on trouve en moyenne, pour 18 subluxations intervertébrales, une origine traumatique certaine dans 11 cas, une origine statique certaine dans 5 cas, une association de facteurs traumatiques et pathologiques dans 2 cas ; sur 12 fissures isthmiques traumatiques, cinq fois le rôle du traumatisme est certain, 3 fois il est probable, 4 fois il est douteux.

°°°

Rachis normaux .-

Dans une certaine proportion de lombalgies, les examens restent négatifs. On

parle alors de lombalgies essentielles, et dans de tels cas la part du traumatisme et les décisions médico-légales sont encore plus difficiles à trancher.

Sur 66 lombalgies aiguës, nous trouvons 6 fois une colonne normale, 1 fois chez la femme et 5 fois chez l'homme, soit une proportion de 17,2 % des cas : dans les lombalgies chroniques, nous trouvons, sur 199 cas, 25 fois une colonne normale soit une proportion de 27,3 % des cas. Certes, dans la catégorie des rachis dits normaux, il existe sans doute quelques cas de scoliozes minimes, de quelques états pathologiques de l'isthme, quelques affections discales discrètes. Cependant, il faut dire que dans près de 12 pour 100 environ on trouve, chez les sujets atteints de lombalgie aiguë ou chronique, une colonne absolument normale. On est amené à penser qu'une colonne lombalgique normale ne l'est qu'en apparence, parce que les altérations sont trop minimes pour être observées, ceci en particulier pour les entorses interarticulaires que nous venons de mentionner.

Des causes ostéo-articulaires très diverses, ou même inapparentes, peuvent donc être à l'origine de ces lombalgies traumatiques. La forme essentielle pourrait être due à un phénomène purement vertébral provoquant une douleur locale et une douleur irradiée de nature sympathique, réalisant ainsi la sympathalgie de WEISSENBAACH. Les lésions ostéo-articulaires ne sont pas indispensables mais bien plutôt favorisantes. Enfin il existe, parallèlement aux traumatismes exogènes, des traumatismes physiologiques, endocriniens surtout, à considérer également.

DEUXIEME PARTIE

-:-

LE DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL

-:-

De ce qui précède, on voit combien le diagnostic étiologique est, déjà du point de vue anatomoclinique, difficile à préciser, que l'on trouve ou non à l'examen une lésion ostéo-articulaire susceptible d'être à l'origine de la douleur lombaire. Ce diagnostic sera encore plus complexe lorsqu'il cherchera à définir si le traumatisme existant dans les anamnétiques est ou non responsable de l'apparition ou de l'aggravation de l'algie. Dans les expertises faites chez les accidentés du travail ou de la circulation, on voit toute l'importance de ces distinctions.

Prenons tout d'abord le cas d'une lombalgie essentielle, c'est-à-dire survenant chez un sujet ne paraissant porteur d'aucune anomalie, d'aucune lésion du rachis. Il faut avant tout préciser chez lui la statique lombo-sacrée, dont les perturbations peuvent provoquer la lombalgie essentielle, probablement sans rapport avec le traumatisme incriminé.

L'examen se fera de face, l'axe lombaire étant considéré comme normal lorsque l'alignement rectiligne des apophyses épineuses est équidistant des bords latéraux des corps et perpendiculaire aux plans transversaux passant par les épines iliaques antéro-supérieures, par les bords supérieurs des ailerons sacrés et par les becs cotyloïdiens. Cet axe vertical sera courbé dans les scolioses, angulaire dans les anomalies statiques d'origine vertébrale. On vérifiera donc l'aplomb pelvien, détroit supérieur, coxo-fémorales, membres inférieurs. On fera un examen de profil, morphologique puis géométrique. La ligne qui relie tous les bords postérieurs des corps vertébraux renseignera sur la courbure physiologique. L'importance de l'ouverture postérieure des disques intervertébraux, en partie du lombo-sacré, sera également appréciée ; on mesurera l'inclinaison du sacrum et l'angle qu'elle forme avec les disques, les angles de l'amphiarthrose lombo-sacrée ; l'angle sacro-lombaire surtout, en moyenne de 118° ; l'angle sacro-vertébral, de 130 à 145° . On sera ainsi renseigné sur l'équilibre lombo-sacré, et l'on aura pu affirmer - ou exclure - l'hyperlordose, le sacrum horizontal, la scoliose congénitale.

A. SICARD a insisté, à propos des lombosacralgies traumatiques, sur le fait que ce terme n'implique pas un diagnostic, mais désigne un symptôme qu'il faut rattacher à une lésion dont la nature est des plus variables. Or ces symptômes sont fréquents, et d'un intérêt particulier sur le plan professionnel et sur celui des accidents du travail.

ARLET a fait tout récemment une pertinen-

te critique des moyens de diagnostic des lombalgies en tant qu'accidents du travail. Que la lombalgie soit aiguë ou chronique, il faut rechercher les preuves radiologiques d'une éventuelle fracture ; utiliser la sincérité du blessé, apprécier l'importance et le point d'impact du traumatisme, le temps d'intervalle libre, court ou nul, rechercher les signes de contusion lombaire, ceux de probabilité d'une hernie discale. Le point important est l'appréciation des signes d'arthrose, qui peut siéger au niveau du disque, des apophyses articulaires ou des néo-articulations d'une sacralisation. Or toute anomalie prédispose à l'arthrose, maladie dégénérative si commune, même chez le sujet normal, pour peu que des efforts répétés ou des micro-traumatismes professionnels altèrent progressivement le disque (SICARD). Une fois le déséquilibre de L₅ installé, l'arthrose a tendance à progresser, le disque s'aplatit, les surfaces articulaires se condensent, construisant des ostéophytes dont l'ostéophyte postéro-latéral peut irriter une racine dans le trou de conjugaison. L'arthrose des néo-articulations transverso-sacrées ou transverso-iliaques est très fréquente, et joue un grand rôle dans l'apparition de la douleur.

Essayons maintenant de répondre à la question : le lumbago traumatique doit-il être considéré comme un accident du travail ? Or ces lombalgies évoluent chez les travailleurs en débutant par un épisode aigu, puis en traînant en longueur, finissent par interdire tout travail de force. Leur place en médecine du travail est donc importante. Il semble que l'on puisse répondre par l'affirmative à la question posée plus haut, si l'accident a

été dûment constaté par un médecin, et bien qu'il n'y ait pas en général de signes radiologiques particuliers à ce lumbago car dans la plupart des cas les signes radiologiques sont dûs à des lésions préexistantes.

ARLET souhaiterait que ces lombalgies prennent place dans le cadre des maladies professionnelles, car les données physiopathologiques prouvent qu'elles peuvent survenir à la suite de microtraumatismes répétés.

Autre question à laquelle il faudrait pouvoir répondre : pourquoi le lumbago traumatique au cours du travail est-il généralement plus grave que les lombalgies d'autres origines ? La gravité semble ici tenir au fait que le plus souvent il s'agit de travailleurs faisant de violents efforts, et pour lesquels il existe des difficultés à réaliser une thérapeutique et un mode de réadaptation corrects.

Dans le domaine médico-légal et dans celui de la médecine du travail, il serait donc utile que, pour réaliser la prophylaxie de ces lombalgies, un examen approfondi de la charnière lombo-sacrée soit toujours effectué chez les candidats à un emploi de force.

°°°

Devant une lombalgie, quelle est l'attitude à adopter ? Rappelons des statistiques selon lesquelles dans certains milieux de travailleurs, mineurs, cheminots, manoeuvres, on estime que 8 pour 100 au moins des invalidités ressortissent d'un

lumbago traumatique (P. MATHIEU). Il est donc de première nécessité de réaliser un examen mettant en évidence les conséquences de la lombalgie, aussi bien en matière de droit commun qu'en matière d'accident du travail.

L'expert chargé d'apprécier les séquelles d'un accident a déterminé une lombalgie ; étant admis que cet expert est parfaitement au courant de tous les aspects de la pathologie vertébrale, il lui faut d'abord obtenir des renseignements précis sur le mode de production de l'accident. Ce qui importe, c'est l'attitude du blessé au moment de l'accident, la nature du mouvement forcé, chute sur le siège, sur le dos, glissade, torsion ; les témoins de l'accident seront entendus. Il faut ensuite préciser le siège et la nature de la douleur, la topographie des irradiations, les troubles de la marche ; l'examen radiographique doit être immédiat, de face et de profil, au niveau de la colonne lombaire, de la région lombo-sacrée, afin d'établir la présence d'altérations antérieures ou au contraire l'existence de lésions traumatiques osseuses, récentes.

C'est alors que l'on distinguera entre lombalgie simple sans lésion ostéo-articulaire traumatique, mais aussi sans lésions antérieures, acquises ou congénitales, de la colonne, les lombalgies ayant coïncidé avec une lésion antérieure du rachis lombaire, enfin, les lombosciatalgies.

Pour chaque groupe anatomoclinique, il faut évidemment rechercher les preuves de l'origine traumatique de l'algie, les faits

en faveur d'une aggravation par le traumatisme d'un état pathologique antérieur de la colonne lombaire ; enfin, les éléments capables de faire accepter ou rejeter la rechute. Dans le premier cas, lombalgie sans lésion ostéo-articulaire traumatique ni atteinte antérieure du rachis, il s'agit du simple "tour de rein", survenu subitement, inopinément, par suite du déplacement du tronc, lors d'un effort intense inhabituel.

L'assurance, nous dit P. MATHIEU, peut constater l'accident en arguant que l'effort accompli est normal au cours du travail de l'accidenté, elle recherchera si le blessé a ou non quitté immédiatement son travail. Enfin l'absence de lésions osseuses traumatiques pourra être invoquée dans le sens du refus. La douleur sans lésion a pu être considérée comme cause d'arrêt de travail mais non pas forcément être en rapport avec un accident caractérisé.

La lombalgie sans lésions osseuses traumatiques existe aussi lorsqu'un sujet, glissant, cherche à se retenir ; ce qui entraîne une torsion de l'intervalle L₄-L₅, ou hyperextension entre L₅ et S_I. Même en l'absence de tout mouvement anormal une douleur lombaire violente peut apparaître au cours du travail sans qu'il s'agisse obligatoirement de lombalgie traumatique.

Ces cas concernent des clichés radiologiques négatifs ; mais de plus en plus, devant la finesse des techniques et des interprétations, on sait découvrir des signes très discrets d'arthrose, surtout apophysaire, incitant à penser, nous l'avons vu, que l'entorse est assez souvent à l'origine des lombalgies.

Naturellement, la mise en évidence des lésions osseuses traumatiques récentes simplifie le diagnostic étiologique de la lombalgie, "la lésion se superposant à la douleur" (P. MATHIEU), cette constatation intervenant dans la prolongation de l'invalidité temporaire et de la fixation du taux d'indemnité.

Dans une seconde série de faits, l'examen va mettre en évidence la présence de lésions osseuses acquises antérieurement au traumatisme, ce qui n'exclut pas totalement le rôle de celui-ci dans l'apparition de la lombalgie. Certes, une lésion ancienne déjà connue, fracture, scoliose, lordose excessive, cyphose au niveau du rachis lombaire, vont donner lieu à discussion, puisqu'il s'agit d'attribuer au traumatisme, à l'effort, à la chute, la part qui leur revient dans la douleur, compte tenu de l'état pathologique antérieur de la colonne. Les lésions d'arthrose, les ostéophytes seront également l'objet d'appréciations.

Lorsque la lésion osseuse vertébrale constatée est de nature congénitale, sacralisation ou lombalisation demeurées jusque là cliniquement muettes, et révélées par le traumatisme ou encore lorsqu'il est trouvé un glissement vertébral, ce sont les conditions d'apparition de la douleur qui vont fixer l'estimation de l'expert.

Si le traumatisme ne saurait avoir provoqué des lésions démontrées antérieures, il peut cependant avoir aggravé des conditions pathologiques pré-existantes mais silencieuses, et par conséquent être tenu pour responsable de la lombalgie. Encore faut-il que celle-ci soit apparue à la

suite d'un accident tel que celui-ci est défini par la loi et son apparition spontanée, même au cours du travail, ne suffira pas à caractériser l'accident du travail. L'enquête faite sur place permettra de préciser l'importance du traumatisme responsable de l'aggravation : choc léger, effort minime, auront un rôle simplement révélateur de la lésion pré-existante. Cette hypothèse prend toute son importance en cas de lombalgie antérieurement traitée, reconnue étiologiquement dépendante par exemple d'arthrose. Une fois la guérison obtenue, comment expertiser la reprise de la douleur au cours du travail ? La rechute doit être envisagée ; et ce n'est que si la douleur réapparaît dès la reprise du travail que la rechute peut être admise ; si la rechute douloureuse est plus tardive, on ne saurait incriminer l'accident du travail.

Les glissements vertébraux sont soit congénitaux, soit le fait de la sénescence ; leur origine traumatique paraît rarement démontrée. Mais qu'il y ait déformations consécutives par exemple à un spondylo-listhésis ancien, le traumatisme a pu aggraver les manifestations antérieures, sans provoquer celles-ci. L'indemnisation en sera donc très réduite.

Dans un troisième ordre de faits enfin, on constate une lombosciatalgie, la névrite radiculaire apparaissant soit immédiatement, soit plus tardivement, après une phase lombalgique pure. Lorsque celle-ci est immédiate, le traumatisme vertébral, donc la responsabilité de l'accident, ne saurait être discuté. Mais lorsque la sciatalgie n'apparaît que plusieurs mois après la disparition de la lombalgie,

on peut discuter la relation de cause à effet, la réalité de la rechute.

Toutes ces considérations concernant l'accident du travail sont transposables aux accidents de droit commun, dans l'appréciation desquels l'estimation de l'accident et des rechutes donne lieu aux mêmes discussions. Le point le plus litigieux est certainement la constatation de lésions antérieures, et donc le rôle aggravant du traumatisme. Lorsque l'accidenté a pu faire la preuve de l'intégrité antérieure de sa colonne, il est bien évident que la responsabilité du traumatisme dans l'apparition de la lombalgie sera beaucoup plus évidente et indiscutable.

Dans la pratique, si certains auteurs réclament un examen radiologique systématique à l'embauche pour des sujets travailleurs de force, tous s'accordent à reconnaître la nécessité de l'examen radiologique immédiat, en tous cas aussi précoce que possible, après le traumatisme. Car un cliché pris plusieurs mois après, au moment de la discussion d'expertise, n'aura plus la même valeur en montrant des lésions dont le caractère antérieur à l'accident risque toujours d'être admis par les uns, rejeté par les autres. Et si l'antériorité est admise, ce qui peut être également indiscutable, comment apprécier le rôle aggravant du traumatisme ? Il faudrait que soit connue avec précision la durée du délai minimum nécessaire à la constitution et à l'apparition d'ostéophytes radio-visibles.

Autre sujet d'appréciation délicate, la date de la reprise du travail ; car en

prolongeant le repos justifié certes par les lésions osseuses et la lombalgie qu'elles provoquent, on risque par ailleurs d'aggraver l'incapacité fonctionnelle de l'accidenté, de la prolonger de façon disproportionnée avec les lésions directement provoquées par le traumatisme.

Toutes ces difficultés doivent être abattues une à une pour chaque cas particulier, dans chaque expertise qui devra être faite sur des bases de loyauté réciproque, et au mieux de l'intérêt de l'accidenté, intérêt qui n'est pas toujours superposable avec une estimation excessive des dégâts provoqués.

Le taux d'invalidité sera estimé d'après les séquelles fonctionnelles, rigidité en particulier, les séquelles douloureuses, compte tenu de l'état antérieur aggravé ou non par le traumatisme. Ce taux varie entre 10 et 40 %.

CONCLUSIONS

-:-

I.- En médecine légale, les lombalgies posent de très complexes problèmes. En effet, un accident du travail ou de droit commun étant survenu, à la suite duquel le blessé accuse des douleurs lombaires, une contracture musculaire localisée, une position antalgique, ne peut pas sans réserve être rendu totalement responsable des troubles consécutifs.

.II.- L'examen de la colonne vertébrale des sujets atteints de lombalgie révèle en effet que :

- une certaine proportion des colonnes reste normale, sans aucune lésion ostéo-articulaire décelable ;
- une autre proportion révèle des lésions anciennes, anomalies congénitales ou acquises, en particulier arthrose ;
- ce n'est donc que dans un certain nombre de cas seulement que le cliché révèle des lésions traumatiques récentes indubitablement liées et à l'accident, et aux lombalgies consécutives à lui.

III.- En matière d'expertise, il y aura donc lieu d'effectuer une enquête, sur les conditions dans lesquelles l'accident s'est produit ; puis d'apprécier la présence de lésions antérieures, et dans ce cas le rôle aggravant ou déclenchant du traumatisme ; enfin, en l'absence de lésions antérieures, d'estimer l'importance du dommage subi.

IV.- Il faut donc à la fois une enquête minutieuse, un examen précoce et fouillé, une parfaite loyauté des parties en présence, afin que soit prise une décision conforme aux intérêts de l'accidenté sans toutefois qu'une incapacité trop prolongée ou trop complète soit accordée. En l'absence de lésions en particulier, il faut savoir obtenir une récupération fonctionnelle aussi totale que possible ; et ne pas fixer le sujet dans une incapacité définitive importante par un repos trop prolongé. En présence de lésions objectives, le traitement et l'expertise sont grandement facilités.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : PIEDELIEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

J. ARLET

Lombalgies et accidents du travail
Soc. Méd. Travail Rég. Toulousaine
10 mars 1951

J. ARLET

Critique des moyens de diagnostic,
de traitement et de réparation des
lombalgies "accidents du travail"
Soc. Méd. Trav. Rég. Toul. 14 nov.
1953

L. CONSTANTIN, R. PALÉIRAC

Anomalies transitionnelles de la
charnière dorso-lombaire et lombal-
gies
Soc. Electroradiol. Méd. Litt. Méd.
10 juin 1951

P. GLORIEUX

Les traumatismes de la colonne
vertébrale
Journ. Belge Radiol. fasc. V 1932

M. GUILLEMINOT, P. STAGNARA

Rôle de l'entorse vertébrale dans
les rachialgies
Presse Méd. LX p. 1274-1277 1er
oct. 1952

P. LOUYOT, G. DUMAS

Le mal des coltineurs

Rev. Rhum. n° 12 p. 660-671 1951

P. MATHIEU

Les lombalgies d'origine traumatique au point de vue médico-légal

Ann. Méd. Lég. XXXIII p. 46-52 1953

P. MERIEL, L. BONHOURE, R. RUFFIE, A. FOURNIE

Le problème médicosocial des maladies dites rhumatismales considérées sous l'angle de la médecine du travail.

Soc. Méd. Travail Rég. Toul. 14 nov. 1953

P. MERIEL, L. BONHOURE, R. RUFFIE, P. PUTOIS

Le rôle des anomalies transitionnelles de la charnière lombosacrée dans l'étiopathogénie des lombosciatiques

Soc. Méd. Trav. Région Toul 20 mars 1954

P. PIZON

Les lombalgies, étude générale

Ann. Méd. Lég. XXXIII p. 317-332 1953

P. PIZON

Radiologie des lombalgies

Ann. Méd. Lég. XXXIII p. 333-342 1953

L. POUYANNE

Lombo-sciatalgies

Vème Congr. Soc. Int. Chir. Orthop. Stockholm 25 mai 1951

A. SICARD

Les anomalies de la charnière lombosacrée

Presse Méd. LVIII p. 1112-1113 11 oct 1950

A. SICARD, A. LECA

Les spondylolisthesis traumatiques
Presse Méd. LX p. 914-918 18 juin
1952

A. SICARD, Anis MAKLOUF

Lombosacralgies traumatiques
Journ. Méd. Fac. Fr. Méd. Pharm.
Beyrouth 15 nov. 1952

YOUNG

Lombosciatalgie
Vème Congr. Soc. Int. Chir. Orthop.
Stockholm 25 mai 1951

P. LABAT

Aspect médico-légal des lumbagos
traumatiques
Thèse 1953

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
Introduction	17
Première Partie :	
Etude anatomo-clinique	21
Deuxième Partie :	
Le Diagnostic médico-légal	35
Conclusions	45
Bibliographie	47

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

--

